

**ALLEGATO A) ALLA DELIBERAZIONE N. \_\_\_\_\_ DEL \_\_\_\_\_**

## **ACCORDO AZIENDALE TRA L'ASL VCO E LE OO.SS DEI MEDI-CI DI MEDICINA GENERALE PER L'ANNO 2013**

Tra

- L'Azienda Sanitaria Locale VCO - P.I. 00634880033 nelle persone dei Direttori dei Distretti di Domodossola, Omegna e Verbania rispettivamente dott. Romano Ferrari, dott. Bartolomeo Ficili e dott.ssa Mariagrazia Bolongaro, a ciò delegati dal Direttore Generale dott. Adriano Giacolitto

e

- l'Organizzazione Sindacale F.I.M.M.G. del VCO legalmente rappresentata dal dr. Silvio Beltrami;

PREMESSO che:

- l'art. 2 del Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di medicina generale del marzo 2005 e s.m.i del luglio 2009 (di seguito denominato ACN) stabilisce tre livelli di contrattazione:

➤ il livello di contrattazione nazionale che individua

- le garanzie per i cittadini;
- il ruolo, il coinvolgimento nell'organizzazione e programmazione, le responsabilità, i criteri di verifica e le garanzie per il personale sanitario convenzionato;
- i servizi erogati per assicurare i livelli essenziali di assistenza;
- la compatibilità economica;
- la responsabilità delle istituzioni (Regioni e Aziende) nei confronti della piena applicazione dell'ACN.

➤ il livello di negoziazione regionale che definisce obiettivi di salute, modelli organizzativi e strumenti operativi per attuarli, in coerenza con le strategie e le finalità del Servizio Sanitario Regionale, integrando elencazione, incentivazione e remunerazione di compiti con il perseguitamento di obbiettivi e risultati.

➤ il livello di negoziazione aziendale che definisce i progetti e le attività del personale sanitario convenzionato necessari all'attuazione degli obiettivi individuali della programmazione regionale.

- Il PSSR 2012-2015 pone tra gli obiettivi in capo alle ASL il superamento della inappropriatezza di alcune prestazioni e delle modalità con le quali vengono erogate in specifiche aree tra le quali di particolare rilevanza:

- Area della post-acuzie
- Area delle prestazioni specialistiche
- Area della farmaceutica

- con Deliberazione del Direttore Generale N. 576 del 31 luglio 2008 si è sottoscritto un accordo aziendale per il triennio 2008-2010 per l'applicazione degli artt. 9, 16, 17 e 19 dell'accordo integrativo regionale per la medicina generale al cui contenuto si rimanda.
- con Deliberazione del Direttore Generale N. 814 del 28 dicembre 2010 è stato prorogato l'accordo testé citato per l'anno 2011
- con Deliberazione del Commissario N. 170 del 28 marzo 2012 è stato rinnovato l'accordo per l'anno 2012

- nelle more della definizione da parte della Regione Piemonte di un nuovo Accordo Integrativo Regionale con le organizzazioni sindacali dei Medici di medicina generale
- al fine di dare continuità all'assetto organizzativo assistenziale che in virtù dei predetti accordi si è progressivamente realizzato sul territorio dell'ASL VCO.

Tutto ciò premesso:

Si conviene e si stipula quanto segue

Art. 1

L'ASL VCO e le OO.SS. rappresentative dei Medici di Medicina Generale convengono di stipulare, in applicazione degli artt. 9, 16, 17 e 19 dell'Accordo Integrativo Regionale per la Medicina generale 2006, il seguente accordo aziendale per l'anno 2013.

Art. 2

Le parti concordano:

- 1) Il ruolo fondamentale delle Cure Primarie in quanto costituiscono risposta qualificata ai bisogni socio-sanitari.
- 2) La funzione centrale del Medico di Famiglia all'interno del Sistema socio-sanitario, da rafforzare e sviluppare.
- 3) Il medico di MG quale riferimento imprescindibile per una corretta gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici.
- 4) Lo sviluppo delle forme associative verso la medicina di gruppo.
- 5) Disporre di indicatori quali-quantitativi di monitoraggio delle performance condivisi cui correlare i meccanismi incentivanti.
- 6) Il mantenimento dei Gruppi di Cure Primarie Aziendali (GCPA) già attivati per effetto del precedente Accordo: il GCPA di Cannobio "Medicina Attiva" – il GCPA di Omegna "Omegna Salute" e il GCPA di Verbania "Verbania Centro".
- 7) La necessità di rafforzare l'organizzazione delle Cure Primarie attraverso lo sviluppo di tali forme associative che verranno finanziate in base alle risorse che si renderanno disponibili anche in virtù delle eventuali economie derivanti dall'applicazione del presente accordo.

Art. 3

Costituiscono obiettivi generali dello sviluppo integrato del sistema di cure primarie e di riqualificazione dell'assistenza territoriale nel VCO:

- presa in carico del bisogno del paziente per assicurare una risposta unitaria e globale al singolo, alla famiglia e alla "comunità"
- semplificazione ed "accompagnamento" nei percorsi assistenziali, diagnostico terapeutici e di cura
- continuità assistenziale H24
- appropriatezza prescrittiva e nell'utilizzo delle risorse finalizzata ad una appropriatezza delle cure
- la riduzione della mobilità passiva e del tasso di ospedalizzazione sostenendo i processi di riqualificazione dell'assistenza.

Al fine di raggiungere gli obiettivi di carattere generale precedentemente indicati si possono individuare le seguenti risorse:

- il Distretto socio-sanitario, i Servizi Sanitari Territoriali e i Presidi ospedalieri
- la Medicina Convenzionata: il Medico di Medicina Generale, il Medico di Continuità assistenziale, lo specialista ambulatoriale, il Medico del Servizio di Emergenza Territoriale
- i Comuni e i Servizi Assistenziali

- le Strutture Residenziali e i servizi collegati
- il rapporto fiduciario con il MMG, presente sul territorio in modo capillare
- le tipologie di Medicina associativa
- l'Equipe Territoriale quale forma organizzativa funzionale, obbligatoria, finalizzata all'analisi del bisogno e al governo clinico
- l'Ufficio di Coordinamento delle attività distrettuali che favorisce l'interazione e un sistema di comunicazione fra Distretto e MMG
- la disponibilità dell'azienda a mettere a disposizione risorse strumentali ed economiche correlate agli obiettivi e alle azioni concordate con il presente accordo

#### Art. 4

Per la realizzazione dei progetti elencati al successivo art. 5 le parti concordano la seguente dotazione di risorse finanziarie:

- a) €. 5,00 annui per assistito per il raggiungimento degli obiettivi indicati nell'area A (per il finanziamento di questo obiettivo si fa riferimento al precedente art. 2 comma 1 punti 6 e 7)
  - b) €. 3,50 annui per assistito per il raggiungimento degli obiettivi indicati nell'area B)
  - c) €. 5,08 annui per assistito per il raggiungimento degli obiettivi indicati nell'area C)
- Tali importi assorbono i compensi di €. 5,50 (c.2 art. 9) e €. 3,08 (c.7 art. 17) dell'Accordo Integrativo Regionale 2006, nonché la quota base del fondo per le attività distrettuali calcolato in € 1,00 per residente e proporzionato al numero degli assistiti del Medici di medicina generale

#### Art. 5

L'accordo individua tre aree progettuali alle quali corrispondono altrettanti risultati attesi, da raggiungere mediante la specificazione di azioni alla realizzazione delle quali sono collegate quote di risorse finanziarie stabilite nel precedente art. 4. Di conseguenza si concorda quanto segue:

<b>Area progettuale A</b>	<b>Continuità dell'assistenza</b>
---------------------------	-----------------------------------

Il progetto si pone l'obiettivo di incrementare la continuità dell'assistenza e ad esso si attribuisce una quota incentivante per assistito di € 5,00.

##### ❖ Azione

**Mantenimento dei GACP già attivati per effetto di precedenti Accordi**, - il GACP di Cannobio "Medicina Attiva" – il GACP di Omegna "Omegna Salute" - il GACP di Verbania "Verbania Centro". Altri GACP che saranno costituiti verranno incentivati in funzione delle risorse disponibili.

##### ➤ Indicatori

I GACP costituiti in struttura unica o di riferimento centrale collegata in rete con le sedi periferiche al fine di agevolare i percorsi assistenziali dei cittadini si impegnano ad effettuare le seguenti prestazioni:

- Tele prenotazione delle prestazioni prenotabili (esami diagnostici e visite specialistiche )
- Stampa referti che perverranno al GACP

##### ➤ Risultato atteso

- Gestione di almeno il 75% delle richieste pervenute.

##### ➤ Quota incentivante

Per la realizzazione di tale azione è attribuita una quota di € 5,00 per assistito

### **Fase transitoria, azioni sostitutive alla costituzione dei GACP.**

La costituzione dei GACP avverrà necessariamente con gradualità; pertanto fin tanto che non saranno costituiti GACP in numero tale da ricoprire la generalità dei MMG del VCO, si determinerà una fase transitoria ove potranno coesistere i GACP e le Equipe Territoriali in evoluzione verso i GACP. Ai primi si applicherà la quota incentivante di € 5,00 essendo stato conseguito l'obiettivo; per le seconde si valuteranno le seguenti azioni sostitutive

#### ❖ Azione

**Mantenimento del coordinamento dell'orario di apertura degli studi di tutti o parte dei Medici dell'ET al fine di assicurare almeno 8 ore giornaliere di accessibilità al servizio, distribuite nelle seguenti fasce orarie, al mattino 8.00-13.00 e al pomeriggio 14.00-19.00 e con apertura di almeno uno studio fino alle 19.00.**

#### ➤ Indicatori

% di adesione dei medici

#### ➤ Risultato atteso

Adesione

#### ➤ Quota incentivante

Per la realizzazione di tale azione è attribuita una quota di € 1,0 per assistito.

<b>Area progettuale B</b>	<b>Presa in carico e governo della continuità assistenziale</b>
---------------------------	---

#### ❖ Azione

- 1) **Adesione ai principi della DGR 27-3628 del 28-3-2012 "Attuazione piano di rientro. La rete territoriale:criteri e modalità per il miglioramento dell'appropriatezza e presa in carico territoriale".**
- 2) **Appropriatezza dei percorsi di ricovero in post-acuzie**

#### ➤ Indicatori

Azione 1 – partecipazione agli eventi formativi inerenti il percorso assistenziale delineato dalla DGR 27 - 3628 del 28 marzo 2012 da parte del Referente di Equipe e di 2 Medici dell'Equipe.

Azione 2 – invio dei pazienti che necessiterebbero di un ricovero in post-acuzie presso lo specialista di riferimento per la redazione del Progetto Individuale.

#### ➤ Risultato atteso

Azione 1 – presa in carico dei pazienti in Continuità Assistenziale secondo le modalità previste dalla DGR 27 – 3628 del 28 marzo 2012

Azione 2 – 100% dei pazienti ricoverati da domicilio presso strutture di post-acuzie (Lungodegenza cod. 60 e Riabilitazione cod. 56) inviate a valutazione specialistica per la redazione del Progetto Individuale.

#### ➤ Quota incentivante

Per la realizzazione di tale azione è attribuita una quota di € 3,50 per assistito suddivisa in € 1,50 per il conseguimento dei risultati dell'azione 1 e €. 2,00 per il conseguimento dei risultati dell'azione 2

<b>Area progettuale C</b>	<b>Governo clinico</b>
---------------------------	------------------------

*Il governo clinico è una procedura in grado di permettere al paziente di essere orientato in un percorso assistenziale virtuoso, nel quale l'efficacia dell'appropriatezza delle prestazioni permette il governo della spesa sanitaria e il miglioramento della qualità dell'assistenza.*

*Un progetto di clinical audit e clinical governance volto alla valutazione e al miglioramento dell'appropriatezza professionale del Medico di famiglia, deve porsi come obiettivo la qualità della cura e l'utilizzo appropriato delle risorse.*

*Il progetto si pone l'obiettivo dello sviluppo del governo clinico in generale ed in particolare riferito all'appropriatezza delle prescrizioni farmaceutiche, in modo da confermare la favorevole tendenza degli ultimi anni, e alla definizione, mediante la partecipazione dei MMG, dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali, individuati come prioritari dall'ASL VCO.*

*L'ASL al riguardo considera questa area progettuale finalizzata anche al raggiungimento degli obiettivi di razionale e appropriato ricorso la consumo di farmaci e del conseguente contenimento della relativa spesa. A tal fine l'Azienda comunicherà all' Equipe territoriale l'importo della spesa farmaceutica prevista a bilancio e informerà circa il suo andamento mensile. Le OO.SS. prendono atto e assicurano il loro sostegno al raggiungimento degli obiettivi così definiti anche nel quadro delle politiche poste in essere dalla Regione Piemonte.*

❖ **Azione**

**Sviluppo della prescrizione delle molecole a brevetto scaduto e mantenimento della spesa farmaceutica entro i valori del 2012 salvo diversa indicazione Regionale**

➤ **Indicatori**

Percentuale molecole a brevetto scaduto sul prescritto totale - report trimestrale sulla spesa farmaceutica vs 2012

➤ **Risultato atteso**

Raggiungimento di almeno il 65% di prescrizioni di molecole a brevetto scaduto, salvo diversa misura stabilita dalla Regione; nel qual caso le parti concordano di ritrovarsi per valutare la situazione e assumere le decisioni del caso.

Confronto spesa trimestrale 2013 <= 2012 per equipe.

➤ **Quota incentivante**

Per la realizzazione di tale azione è attribuita una quota di € 1,00 per assistito  
L'azione è rivolta all' Equipe territoriale. In caso di mancato raggiungimento da parte dell'Equipe territoriale sarà incentivato il singolo medico.

❖ **Azione**

**Creazione e definizione operativa di PDT relativi ad aree critiche per prescrizioni farmaceutiche e di diagnostica che per l'anno 2013 vengono di seguito individuate:**

- RMN/TAC
- Es. laboratorio
- Prevenzione TEV con EBPM
- Appropriatezza uso farmaci antidepressivi/antipsicotici
- Terapie delle sindromi ostruttive respiratorie

➤ **Indicatori**

Costituzione di gruppi di lavoro tra specialisti di branca e MMG per l'elaborazione del PDT per ciascuna area critica evidenziata

➤ **Risultato atteso**

Elaborazione e presentazione dei PDT in plenaria.

➤ **Quota incentivante**

L'obiettivo è riferito all'equipe e per la realizzazione di tale azione è attribuita una quota di € 2,08 per assistito.

❖ **Azione**

**Partecipazione alle riunioni delle equipe territoriali con redazione di appositi documenti inerenti gli argomenti di cui ai risultati attesi**

➤ Indicatori

Numero di presenze/numero di riunioni

➤ Risultato atteso

Svolgere le attività di cui all'art. 9 A.I.R. in particolare analizzare e valutare le proposte di PDTA elaborate dall'azienda anche con la collaborazione dei Medici di Medicina Generale.

➤ Quota incentivante

Per la realizzazione di tale azione è attribuita una quota di € 2,00 per assistito

**Art. 6**

Le parti concordano di assegnare all'UCAD di riferimento i compiti di monitoraggio e di verifica del raggiungimento degli obiettivi di cui all'art. 5. In particolare, l'UCAD effettuerà una verifica in itinere entro il mese di luglio di ciascun anno per monitorare il grado di realizzazione dell'Accordo nonché una verifica finale entro il mese di marzo dell'anno successivo finalizzata a misurare il grado di raggiungimento degli obiettivi ed i correlati compensi previsti.

**Art. 7**

Il presente accordo avrà durata per il periodo 01.01.2013 - 31.12.2013.

**Art. 8**

Qualora Accordi Collettivi Nazionali e/o Regionali introducessero provvidenze economiche riguardanti i contenuti oggetto del presente accordo le parti concordano, sin d'ora, che gli importi individuati all'art. 4 saranno integralmente assorbiti dagli emolumenti stabiliti dai suddetti Accordi per gli stessi obiettivi.

**Art. 9**

Per tutto quanto non previsto nel presente accordo, si fa rinvio alle disposizioni nazionali e regionali vigenti in materia.

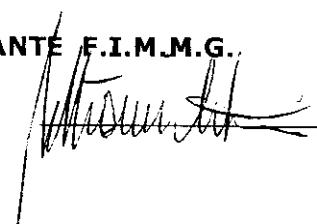
Letto, confermato, sottoscritto

Omegna li \_\_\_\_\_

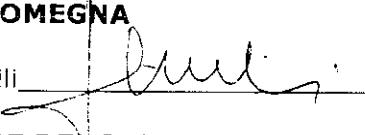
**IL DIRETTORE DEL DISTRETTO DI  
DOMODOSSOLA**

Dr. Romano Ferrari 

**IL RAPPRESENTANTE F.I.M.M.G.**

Dr. Silvio BELTRAMI 

**IL DIRETTORE DEL DISTRETTO DI  
OMEGNA**

Dr. Bartolomeo Ficili 

**IL DIRETTORE DEL DISTRETTO DI  
VERBANIA**

Dott.ssa Mariagrazia Bolongaro



SCHEMA RIASSUNTIVO ACCORDO AZIENDALE 2013

AREA PROGETTUALE	AZIONI	INDICATORI	RISULTATO ATTESO	VALORE ECONOMICO	PUNTEGGIO PER AREA PROGETTUALE
Mantenimento dei GACP esistenti: "Medicina Attiva" di Cannobio - "Verbania Centro" di Verbania - "Omegna Salute" di Omegna	Telerenotrazione delle prestazioni prenotabili e stampa dei referiti che perverranno al GACP	Gestione di almeno il 75% delle richieste pervenute	5,00 euro	5,00 euro	
Continuità assistenziale	In via transitoria,qualora non fossero ancora costituiti i GACP, in alternativa è possibile attuare la seguente azione: Coordinamento dell'orario di apertura degli studi di tutti o parte dei medici dell' ET al fine di assicurare almeno 8 ore giornaliere di accessibilità al servizio, distribuite al mattino e al pomeriggio e con apertura di almeno un studio fino alle ore 19;	Coordinamento orario apertura studi	Mantenimento delle Equipe che hanno aderito al coordinamento degli orari di apertura	1 euro	5,00 euro
Pressa in carico del governo clinico della Continuità dell'assistenza	<p><b>Adesione DGR 27-3628 del 18-3-2012 "Attuazione piano di rientro. La rete territoriale:criteri e modalità per il miglioramento dell'appropriatezza e presa in carico territoriale"</b></p> <p><b>Appropriatezza dei percorsi di ricovero in post-acutezie Invio dei pazienti in post-acutezie (Lungodegenza cod. 60 e Riabilitazione cod. 56) allo specialista pubblico per la ( progetto riabilitativo individuale )</b></p> <p><b>Sviluppo della prescrizione delle molecole a brevetto scaduto.</b></p> <p><b>Creazione e definizione operativa di PDT relativi a criticità per prescrizione farmaceutiche c diagnostica (in prima ipotesi RMN - TAC / Es. di laboratorio) Prescrizione di EBPM / Farmaci antidepressivi/antipsicotici/terapie sindromi ostruttive respiratorie)</b></p> <p><b>Governo clinico</b></p>	<p><b>Adesione e partecipazione, da parte del Referente di Equipe e di 2 MMG dell'Equipe, agli eventi formativi correlati alla DGR ed organizzati dall'ASL</b></p> <p><b>Appropriatezza dei percorsi di ricovero in post-acutezie Invio dei pazienti in post-acutezie (Lungodegenza cod. 60 e Riabilitazione cod. 56) allo specialista pubblico per la ( progetto riabilitativo individuale )</b></p> <p><b>Sviluppo della prescrizione delle molecole a brevetto scaduto.</b></p> <p><b>Creazione e definizione operativa di PDT relativi a criticità per prescrizione farmaceutiche c diagnostica (in prima ipotesi RMN - TAC / Es. di laboratorio) Prescrizione di EBPM / Farmaci antidepressivi/antipsicotici/terapie sindromi ostruttive respiratorie)</b></p> <p><b>Governo clinico</b></p>	<p><b>Adesione 100% all'indicatore</b></p> <p><b>Compilazione dell'impegnativa di ricovero presso le strutture convenionate solo dopo ritiro del PRI</b></p> <p><b>% delle molecole a brevetto scaduto sul prescritto totale</b></p> <p><b>Costituzione di gruppi di lavoro fra specialisti di branca e MMG per l'elaborazione del PDT e delle modalità operative di esecuzione</b></p> <p><b>E elaborazione del PDT e presentazione in plenaria</b></p> <p><b>Svolgere le attività di cui all'art. 9 A.I.R., in particolare analizzare e valutare le proposte di PDTA elaborata dalla azienda anche con la collaborazione dei MM.MM.GG.</b></p>	<p><b>obiettivo riferito al singolo medico</b></p> <p><b>Adesione 100% all'indicatore</b></p> <p><b>obiettivo riferito al singolo medico</b></p> <p><b>obiettivo riferito al singolo medico</b></p> <p><b>obiettivo riferito all'equipe</b></p> <p><b>obiettivo riferito all'equipe</b></p> <p><b>obiettivo riferito all'equipe</b></p>	<p><b>1,50 euro</b></p> <p><b>2 euro</b></p> <p><b>1,00 euro</b></p> <p><b>2,08 euro</b></p> <p><b>5,08 euro</b></p> <p><b>2,00 euro</b></p>